

PARIS VI
Année 1971

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques AMETEAU

né le 25 Janvier 1945 à VERSAILLES (78)

Présentée et soutenue publiquement le 1971

LEGITIMITE de la CURE CHIRURGICALE
des DOULEURS PELVIENNES du POST-PARTUM
(A propos de 8 cas de déchirure du ligament large)
(SYNDROME de MASTERS et ALLEN)

Président : M. FLABEAU, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PARIS VI
Année 1971

THÈSE

NO

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques AMETEAU

né le 25 Janvier 1945 à VERSAILLES (78)

Présentée et soutenue publiquement le

LEGITIMITE de la CURE CHIRURGICALE
des DOULEURS PELVIENNES du POST-PARTUM
(A propos de 8 cas de déchirure du ligament large)
(SYNDROME de MASTERS et ALLEN)

Président : M. FLABEAU, Professeur

1. 10. 1970.

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

MM. ANDRE R.	Hématologie	LESTRADET H.	Pédiatrie
BRISAUD H.	Pédiatrie	PICARD J.	Biochimie
BROCARD R.	Médecine	ROUX Ch.	Embryologie
BUGNARD L.	Biophysique		
CAROLI J.	Médecine		
CERBONNET G.	Chirurgie		
CHERIGIE Ed.	Radiologie		
CHIGOT P. L.	Chirurgie infantile		
CONTE M.	Médecine		
DAGUET L.	Bactériologie		
DEBRAY J.	Médecine		
FLABEAU F.	Chirurgie		
GERBEAUX J.	Thérapeutique		
GOSSET J.	Chirurgie		
HUGELIN A.	Physiologie		
LAPLANE R.	Pédiatrie		
LELORIER G.	Obstétrique		
LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunol.		
LOYGUE J.	Chirurgie		
MAROIS M.	Histologie		
MERGER R.	Obstétrique		
MILHAUD G.	Biophysique		
NICK J.	Neurologie		
ORCEL L.	Anat. Pathologique		
PERRAULT M.	Médecine		
POLONOVSKI C.	Pédiatrie		
POLONOVSKI J.	Biochimie		
RICHT G.	Néphrologie		
WOLFROMM R.	Médecine		

Maîtres de Conférences

AKOUN G.	Médecine
ARDAILLOU R.	Physiologie
BAUX S.	Chirurgie
BITKER M.	Urologie
BOURY G.	Chirurgie
BRICOUT F.	Bactério. Virol.
CATINAT J.	Médecine
CHEYMOL G.	Pharmacologie
CHOUARD Cl.	O. R. L.
CLOAREC M.	Médecine
CONTAMIN F.	Médecine
COSCAS G.	Ophthalmologie
DAUTRY P.	Chirurgie
DELIGNE P.	Anesthésiologie
DOYON D.	Radiologie
DRY J.	Médecine
DUHAMEL G.	Hématologie
FOUET P.	Thérapeutique
GAUTIER H.	Physiologie
GUILMET Cl.	Anesthésiologie
GUIRAUDON G.	Anatomie
HERMAN D.	Médecine
HUGUET Cl.	Chirurgie
JACQUILLAT Cl.	Hématologie
LASFARGUES G.	Pédiatrie
LEVY V. G.	Médecine
MALAFOSSE M.	Chirurgie
MENSCH B.	Biophysique
MERY J. Ph.	Néphrologie
MIGNON Fr. (Mme)	Néphrologie
PIERON R.	Médecine

Professeurs sans chaire

MM. CHALUT J.	Radiologie
Mme CHAPUT A.	Stomatologie
GIRARD F.	Physiologie
GOLVAN Y. J.	Parasitologie

POULET J.	Médecine
RAMPINI Cl.	Biochimie
RICHARDET J.M.	Pédiatrie
ROLAND J.	Anatomie Pathol.
SALAT J.	Obstétrique
SALMON Ch.	Hématologie
SANTARELLI	Obstétrique
WARGON H.	Médecine expéri.
WEINMANN S.	Biochimie

Enseignants Associés

M. C. A, Associé - M. ELIAKIS Em.
Médecine Légale

Enseignants Contractuels.

A ma grand'mère ,

A mon père ,

A ma mère .

A Monsieur le Professeur FLABEAU,

Chirurgien des Hôpitaux,

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté
de Médecine Saint-Antoine,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur MEUNIER;

Attaché de consultation de gynécologie à l'Hôpital Tenon

Avec sa gentillesse et ses qualités d'enseignant, il nous a fait bénéficier de ses profondes connaissances et de son expérience personnelle.

Au Docteur PETITCOLAS

Ancien chef de clinique gynécologique et obstétricale
des Hôpitaux de Rouen,

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance et de nos remer-
ciements pour la grande contribution qu'il a
apportée à l'élaboration de cette thèse.

A mes maitres dans les hôpitaux :

Monsieur le Professeur CACHIN

Monsieur le Professeur Agrégé F. GUERIN

Monsieur le Professeur HUGUIER

Monsieur le Professeur NETTER

Monsieur le Docteur BARA

PLAN

	Page
I - Introduction	1
II - Observations	3
III - Etapes du diagnostic	23
IV - Rappel de la description princeps du syndrome	29
V - Description des lésions anatomiques	33
VI - Conception pathogénique	35
VII - Discussion du syndrome	37
VIII - Bref exposé des différentes méthodes de traitement chirurgical	43
IX - Planche hors texte	
X - Conclusion	49
Bibliographie	I à II

INTRODUCTION

La fréquence du syndrome de Masters et Allen ou syndrome de déchirure des ligaments larges est beaucoup plus importante qu'on ne l'imagine pour peu que l'on pense à rechercher cette déchirure devant toute femme venant consulter pour algies pelviennes.

Évaluée à un cas pour dix interventions gynécologiques et à un cas pour quatre interventions de restauration-fixation dans la statistique de Vernes, nous apportons une preuve supplémentaire de sa fréquence par nos huit observations.

La plupart de nos malades ne sont arrivées à l'intervention qu'après une longue et douloureuse histoire de traitements médicaux divers où les ovules, les antibiotiques et les antalgiques sont tour à tour intervenus sans succès, après évidemment une petite sédation passagère qui était dûe au repos que nécessitait ce traitement plus qu'au traitement lui-même.

Nous montrons dans ce travail quelle a été notre démarche diagnostique, les éléments cliniques qui nous ont conduit à soupçonner l'existence de ce syndrome qui est parfaitement défini sur le plan clinique, anatomique et thérapeutique.

Nous soutenons la légitimité des interventions proposées et réalisées chez ces patientes qui souffrant d'algies pelviennes après un traumatisme obstétrical ont été définitivement guéries par une fixation de l'utérus en bonne place.

Il est peu d'affections en médecine offrant une pareille source d'erreurs de diagnostic mais aussi de joies cartésiennes et de certitudes d'efficacité.

II - OBSERVATIONS

Observation n° 1

Madame L... Jeanine, 36 ans, sans profession, consulte le 25 janvier 1965 pour

- Pesanteur pelvienne exagérée par la fatigue.

Lors de la 1ère consultation, l'interrogatoire fait préciser :

- douleur pelvienne continue, accentuée lors des efforts et de la fatigue,
- dyspareunie passagère,
- règles normales quant à la périodicité et à leur durée.

Antécédents gynéco et obstétricaux

Le 28 mars 1964, accouchement d'un garçon de 3.600 g par forceps en OIDP

L'examen met en évidence

1. au niveau du col, l'existence d'un ectropion banal confirmé par la colposcopie,
une discrète uréthro-cystocèle extériorisée à la toux sans signes fonctionnels.

2. au niveau du corps, le toucher vaginal renseigne sur le corps utérin qui est de volume normal et légèrement rétrofléchi. Pas de douleur à la mobilisation.

Examen normal ; pas de traitement envisagé.

Un an plus tard, le 13 décembre 1965, nouvelle consultation pour

- fausse leucorrhée due à une desquamation vaginale importante
- et surtout persistance et accentuation de la pesanteur pelvienne, ainsi que la dyspareunie profonde et endolorissement le

lendemain des rapports .

Le toucher vaginal montre un utérus en rétroflexion complète irréductible du fait de la douleur .

La mobilisation cervicale est impossible car déclenchant une douleur vive .

Un traitement d'attente est prescrit : vaso-dilatateur, décongestionnant pelvien .

Le 12 janvier 1966

Nette amélioration de la pesanteur, mais devant la persistance de la dyspareunie, on décide de pratiquer une coelioscopie .

Le 26 janvier 1966 - Coelioscopie .

Montre un utérus violacé en rétroflexion complète, une déchirure du feuillet postérieur du ligament large droit. Les ligaments utéro-sacrés n'existent pratiquement plus. Discret varicocèle .

Intervention décidée le 28 janvier 1966 .

Douglassectomie selon la technique de Jamain. Il existe des lésions du feuillet gauche, mais sans déchirure nette .

Contrôle post-opératoire en 1967 - 1968 - 1969

Plus de douleurs .

Observation n° 2

Madame B... Chantal, 24 ans, vient consulter le 22 novembre 1968 pour :

- syndrome douloureux pelvien
- dysménorrhée secondaire .

Dans ses antécédents gynécologiques, rien ne retient l'attention .

Deux accouchements normaux à terme

- en 1966 un garçon de 2.850 g
- en 1967 un garçon de 3.150 g

L'interrogatoire nous dit que depuis sa dernière grossesse

sont apparues une leucorrhée prurigineuse puis des douleurs pelviennes à type de pesanteur accentuées par la station debout prolongée, qui l'ont obligé à réclamer un travail assis, et enfin une dyspareunie profonde.

Elle se fatigue vite et a maigri.

A l'examen

- l'exocol est le siège d'un important ectropion infecté, confirmé par la colposcopie. Une électrocoagulation est faite.

- au toucher, utérus de volume normal, en rétroversion presque complète, dont la réduction est douloureuse.

Traitement local antiseptique et position genu pectoral conseillée.

Le 14 février 1969 consulte à nouveau devant l'accentuation des douleurs et de la dyspareunie et la survenue d'une dysménorrhée secondaire récente.

Le toucher révèle à part la rétroversion utérine que l'on connaissait déjà une vive sensibilité au contact du ligament utéro-sacré gauche.

Une colposcopie avec test au lugol vérifie l'intégrité parfaite du col.

On pense à deux diagnostics

1 - Endométriose

2 - Déchirure du ligament large gauche.

Une coelioscopie est faite le 19 mars 1969

Elle montre une petite déchirure du feuillet postérieur du ligament large avec varicocèle gauche.

Le 9 mai 1969 on suture la brèche sur 1 cm de long.

Le 5 novembre 1969 on revoit la malade qui nous dit ne plus souffrir au moment des rapports mais conserver sa dysménorrhée.

Le toucher de contrôle est normal.

Observation n° 3

Mme CO... Mauricette, 33 ans, consulte dans le service le 28 mars 1966 pour

- des douleurs pelviennes basses
- et une altération marquée de l'état général.

1. L'interrogatoire nous apprend :

- l'existence de cycles irréguliers, plus ou moins longs,
- d'une dyspareunie de plus en plus marquée,
- le tout s'inscrivant sur un fond douloureux pelvien permanent s'identifiant le plus souvent à une pesanteur, une sensation de gêne,
- les signes généraux sont nets, faits
- d'un amaigrissement progressif
- d'une asthénie physique s'accroissant au moindre effort.

L'ensemble des signes fonctionnels décrits par la malade remonte au mois d'avril 1965, date de son dernier accouchement.

En effet, l'étude des :

2. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

- fait état de trois fausses couches provoquées à l'âge des 20, 24 et 27 ans.
- un accouchement difficile le 19 avril 1965 d'un enfant de sexe féminin et pesant 2.950 g ayant nécessité une épisiotomie, un forceps d'expulsion. Une révision utérine a été faite pour délivrance incomplète.
- a été opérée le 15 octobre 1960 pour kyste de l'ovaire droit.
- traitements gynécologiques nombreux pour régularisation du cycle menstruel.

A noter : une fracture de la diaphyse fémorale le 17 novembre 1960 et une appendicectomie et cure de hernie ombilicale à l'âge de 9 ans.

3. L'examen gynécologique met en évidence :

- un léger déroulement du segment urétral et de la paroi vaginale antérieure à la toux, sans perte des urines
- le col est normal, le corps utérin en rétroversion mobile ; les annexes ne sont pas perçues.

Au total, rien à l'examen ne fait suspecter l'existence d'une lésion gynécologique en rapport avec la symptomatologie fonctionnelle décrite par notre malade.

On conseille à la malade de se faire faire un bilan

- hématologique qui revient normal
- pulmonaire qui est normal
- digestif

avec clichés vésiculaires

épreuves fonctionnelles hépatiques normaux

- endocrinien enfin, ne faisant apparaître aucun signe d'insuffisance glandulaire, surrénalienne en particulier.

Les douleurs sont mises sur le compte d'une stase pelvienne entretenue par la rétroversion utérine. Reste à expliquer la profonde altération de l'état général.

Un traitement décongestionnant, tonique circulatoire et reconstituant est prescrit.

- Nouvelle consultation en mai 1966

- la malade nous revient en nous suppliant de la guérir, car depuis une semaine la douleur est intolérable et les rapports sont impossibles : une dyspareunie profonde, donc organique s'est installée brusquement.

- quant aux signes d'atteintes de l'état général, ils n'ont fait que s'aggraver et aucune amélioration n'a été apportée par le traitement.

L'apparition d'une dyspareunie profonde nous fait reprendre l'enquête diagnostique point par point.

- Les éléments principaux recueillis par l'interrogatoire sont :

- les douleurs pelviennes hypogastriques
- l'asthénie invalidante
- la dyspareunie profonde

- Les signes d'examens

- la rétroversion utérine .

Le tout succédant à un accouchement difficile en 1965.

Cet antécédent nous suggère l'existence d'un lien entre la symptomatologie actuelle et le traumatisme obstétrical possible .

La possibilité d'un syndrome de déchirure du ligament large est dès ce moment envisagée . Notre démarche est la suivante :

1 - le port d'un pessaire Dumont-Pallier pendant 15 jours constitue un test-thérapeutique facile

2 - une coelioscopie

3 - une confirmation opératoire qui seule amène la certitude et la cure chirurgicale définitive de la lésion .

Le port d'un pessaire transforme la malade qui accuse

- une disparition quasi-instantanée des douleurs pelviennes

- une amélioration rapide de l'état général .

Le diagnostic envisagé, la malade est opérée le 19 juin 1966 .

CRO - Médiante sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice .

- pas d'annexe gauche .

- il existe un utérus très mobile avec quelques petits myomes gros comme une tête d'épingle .

- l'ovaire restant présente un kyste gros comme une noix qui est énuclé .

- déchirure bilatérale de la face postérieure du ligament large , amincissement des ligaments utéro-sacrés .

On pratique :

- Douglasséctomie remontant au-delà des déchirures du ligament large .

- suture des ligaments utéro-sacrés

- raccourcissement des ligaments ronds par suture en avant de l'utérus.

En fin d'intervention, l'utérus est fortement ramené en avant et on a même l'impression que le raccourcissement des ligaments ronds gêne peu cette antéversion qui ne demande qu'à être plus accentuée.

Contrôle post-opératoire deux mois plus tard.

- Disparition totale

- du syndrome douloureux pelvien

- de la dyspareunie

- Amélioration spectaculaire de l'état général

- reprise pondérale 3 kg depuis l'intervention

- reprise des activités.

Observation n° 4

Madame L... Liliane, 26 ans, vendeuse, vient consulter le 30 décembre 1966 à la demande de son médecin traitant pour surveillance de grossesse.

Cette femme a accouché prématurément en 1966 d'une fille de 7 mois, par rupture spontanée des membranes sans travail, pesant 1.400 g.

On apprend lors de la 1ère consultation le 30/12/1966 que ses dernières règles sont du 18 septembre ce qui fait une grossesse de 3 mois avec accouchement prévu pour le 28 juin 1967.

A l'examen :

Col long et ferme.

- Revient le 17 avril 1967 pour examen systématique à 7 mois.

- hauteur utérine 24 cm

- bruits du coeur perçus

- tête mobile

- col largement perméable

Le repos absolu est recommandé.

- Accouchement le 22 mai par une sage-femme d'une fille de 2.400 g à 8 mois et 1 semaine.

Délivrance artificielle - suites apyrétiques.

Elle revient consulter le 29 septembre 1967 pour des douleurs pelviennes survenant à la marche et à la station debout prolongée.

- Dyspareunie profonde avec endolorissement pendant trois jours après le rapport.

- Altération profonde de l'état général faite d'asthénie et d'amaigrissement (5 kgs après l'accouchement).

1. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

- en 1960 : accouchement d'un garçon de 4.000 g spontané avec délivrance artificielle

- en 1966 : accouchement prématuré d'une fille de 1.400 g à 7 mois (décédée)

- le 22 mai 1967 accouche d'une fille de 2.400 g à 8 mois et 1 semaine, spontanément avec délivrance artificielle.

2. Examen - il montre :

- un utérus de volume normal, mobile, en position indifférente,

- une discrète sensibilité à la mobilisation du col,

- un cul-de-sac de Douglas très douloureux, semblant irrégulier,

- une discrète sensibilité annexielle.

Le col est sain, l'orifice externe n'admet pas une bougie n° 7.

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen est posé le diagnostic de paramérite et de douglassite dues aux manoeuvres obstétricales (délivrance artificielle).

Un traitement anti-infectieux et désinfectant est institué.

On revoit la malade le 26 janvier 1968.

Son traitement a été bien suivi et une nette amélioration pendant 6 semaines est notée.

Puis récurrence des douleurs à la marche, à la fatigue mais moins violentes qu'auparavant.

La dyspareunie est tenace.

Devant une asthénie marquée, on demande une numération formule qui est normale.

- la pesée indique une reprise pondérale de 2 kg

- les cycles sont toujours réguliers, les règles normales non douloureuses.

Un nouvel examen note :

- un utérus bien mobile, la persistance d'une sensibilité anormale au niveau du cul-de-sac de Douglas et des deux ligaments utéro-sacrés, mais beaucoup moins qu'avant.

On décide une nouvelle cure de vaccins et anti-inflammatoire, en prévoyant une coelioscopie si le syndrome algique persiste.

Le 1er avril 1968, à la suite d'une soirée passée à danser, aggravation subite des douleurs qui prennent l'allure d'une pesanteur pelvienne permanente et de la dyspareunie.

L'examen met en évidence un utérus en demi-rétroversion, position réductible mais douloureuse (alors que les examens antérieurs le situaient dans une position indifférente).

Une coelioscopie est donc décidée et exécutée le 29 avril 1968.

- découvrir une déchirure bilatérale des feuillets postérieurs des ligaments larges avec varicocèle diffus.

Le 22 juin 1968 - une Douglasséctomie élargie est pratiquée.

Le contrôle post-opératoire est très satisfaisant un mois après l'intervention et l'est toujours deux ans après.

Observation n° 5

Mme RU ... âgée de 35 ans, sans profession, vient consulter dans le service en gynécologie le 19 février 1969 pour :

- des douleurs abdominales diffuses
- une profonde altération de l'état général.

1 - L'interrogatoire révèle que cette malade souffre depuis 4 ans, après son dernier accouchement, la douleur devient de plus en plus intolérable, gênant la vie de la patiente. Elle la décrit comme suit :

- douleur à maximum péri-ombilicale,
- irradiant en ceinture, vers l'hypochondre droit et parfois les fosses lombaires,
- permanente, influencée par la position assise et les règles,
- à type de pesanteur, fond douloureux permanent, sur laquelle se greffent des accès de pincements.

Elle se plaint également d'une asthénie de plus en plus marquée, s'accompagnant d'un amaigrissement (perte de 2 kg en 3 mois) et diminution progressive de l'appétit.

Une dyspareunie profonde, intense, persistant sous forme d'un endolorissement pelvien est également mentionnée.

Depuis 3 jours, elle présente un fébricule à 37°6 - 38° et quelques pertes sales, malodorantes.

Ses dernières règles étaient normales et la malade ne présente pas de métrorragie.

2. Antécédents gynécologiques

- en 1960, Mme RU ... aurait consulté à l'hôpital Broca pour une métrorragie spontanée, survenue quelques jours après un retard de règles.

Une fausse-couche aurait été évoquée. Pas de curetage. Aurait été suivie également très longtemps pour leucorrhées et exocervicité.

Jamais d'intervention chirurgicale gynécologique.

3. Antécédents obstétricaux

- mariée , 2 enfants
- 1ère grossesse en 1961 à l'âge de 26 ans
accouchement normal d'un garçon de 3.440 g , épisiotomie
- 2ème grossesse en 1965 d'un garçon de 2.880 g
notion d'accouchement très rapide .
- aucun antécédent médical notable , ni chirurgical .

4. Examen

- abdomen souple
- spéculum
 - . Leucorrhées abondantes , sales , fétides
 - . col d'aspect normal
- toucher vaginal

montre un corps utérin rétroversé dont la mobilisation utérine entraîne une douleur vive .

le cul-de-sac droit en empâté , difficilement dépressible et très douloureux .

Il existe probablement une poussée de paramétrite droite .

Le reste de l'examen est normal .

Au total , chez cette jeune femme se plaignant de douleurs abdominales vagues accompagnées d'un léger fébricule et à l'examen , un utérus rétroversé , un cul-de-sac droit empâté , sensible , on pense à une annexite .

Un traitement anti-infectieux et anti-inflammatoire est prescrit et la malade revient consulter après un mois de traitement .

A ce second examen , on note :

- sur le plan fonctionnel , les douleurs abdominales persistent , la dyspareunie est franche .

- sur le plan local , les leucorrhées ont disparu et le toucher vaginal montre un utérus toujours rétroversé et très mobile ; le cul-de-sac droit est redevenu souple et indolore .

Le syndrome inflammatoire a disparu sous traitement, mais il n'expliquait pas toute la symptomatologie évoquée car il persiste toujours :

- des douleurs, une dyspareunie, une asthénie de plus en plus marquée.

Notre attention est attirée par trois signes d'examen qui évoquent le diagnostic de déchirure du ligament large.

1 - le degré accentué de la rétroversion, dont le fond bascule en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, et semble gros et mou,

2 - la douleur à la mobilisation,

3 - la mobilité anormale du col.

Le diagnostic étant évoqué, restait à l'assurer.

Notre démarche fut la suivante :

1 - Pose d'un pessaire Dumont-Pallier n° 8 pendant 15 jours

Résultat satisfaisant et très encourageant : la malade revient très améliorée.

Les douleurs abdominales ont totalement disparues et l'asthénie régresse de jour en jour.

Ce test thérapeutique étant considéré comme un élément de valeur, nous décidons en accord avec la malade :

2 - l'intervention chirurgicale pratiquée le 23 avril 1969.

Compte-rendu opératoire

- médiane sous-ombilicale

- utérus complètement basculé dans un Douglas très profond

- annexes normales

- il existe une déchirure de la face postérieure du ligament large du côté droit. Suture à la soie.

On pratique en outre :

- un comblement du cul-de-sac de Douglas après avivement de la paroi antérieure

- un raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds
- paroi nylon.

Convoquée un mois après l'intervention, on constate :

- la disparition progressive de tous les signes fonctionnels et surtout une reprise rapide du poids (500 g. par semaine) un état général des plus satisfaisants est constaté. Cette femme est transformée par ce geste simple qui lui a redonné le "goût de vivre".

Observation n° 6

Madame M... Danielle, 27 ans, vient consulter le 16 juin 1969 pour

- syndrome douloureux pelvien

Lors de la 1ère consultation le 16 juin 1969, la malade se plaint de :

- douleurs abdominales basses, sans périodicité, accentuées par les secousses.

- dyspareunie profonde, intense depuis son 2ème accouchement, s'accompagnant d'un endolorissement pendant 8 jours

- dysménorrhée plus accentuée qu'avant.

A l'examen

- utérus perçu en antéflexion, aucune masse annexielle,

- cul-de-sac de Douglas libre,

- les ligaments utéro-sacrés ne sont pas perçus, mais tout est douloureux,

- col sain.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux

- dysménorrhée primaire

- deux accouchements normaux 1965 fille de 2.730 g
1968 fille de 3.450 g

- en 1967, fausse-couche spontanée à deux mois ; curetée.

Par ailleurs, on note l'existence de paresthésies brachiales, dorsalgies et surtout un état psychologique particulier.

Peur panique d'une nouvelle grossesse entraîne une contraception par coït interrompu.

Instabilité sans conflit familial décelable.

Au total, le diagnostic de douleurs d'origine psychosomatique est envisagé, mais une coelioscopie de sécurité est proposée à la malade.

Coelioscopie pratiquée le 29 septembre 1969 met en évidence une déchirure bilatérale des ligaments larges avec un important varicocèle diffus.

Le 23 octobre 1969 on pratique une Douglasséctomie selon la technique de Jamain.

Le 12 janvier 1970, 4 mois après l'intervention, plus de douleurs, la femme se dit "transformée".

Observation n° 7

Mme CHE... Ginette, âgée de 41 ans, hospitalisée le 15 mai 1970 à la maternité de l'hôpital Tenon pour

- altération profonde de l'état général et bilan gynécologique.

1 - L'interrogatoire apprend que Mme CHE ... souffre de douleurs de la fosse iliaque droite apparues il y a un an environ.

- douleur augmentée par la compression et la position assise évoluant sur un fond douloureux permanent à irradiations lombaires, calmée par les antalgiques mineurs.

La malade a également maigri de huit kilogrammes en trois mois ; amaigrissement accompagné d'une asthénie intense.

Cette altération progressive de l'état général avait motivé de nombreuses consultations à l'hôpital Claude Bernard.

en Septembre 1969 - la malade consulte en gastro-entérologie où est évoqué un diagnostic d'adhérence post-opératoire (après appendicectomie en 1958).

Un traitement médical ne donne aucun résultat.

en Février 1970 - consulte un chirurgien qui infirme le diagnostic précédent.

en Mai 1970 - aucune étiologie n'est encore précisée et un bilan complet est alors envisagé

- bilan hépato-vésiculaire
- bilan pulmonaire
- bilan rénal
- bilan colique

Rien de nouveau n'est apporté à l'issue de cette enquête clinique.

Enfin, le 15 mai, elle consulte en gynécologie.

2 - L'examen

Au spéculum

- col sain

Toucher vaginal

- col de consistance et de volume normaux
- orifice externe mamelonné (col de multipare)
- corps utérin de volume sensiblement normal, rétroversé, douloureux à la mobilisation verticale
- petite masse retrouvée au niveau de la fosse iliaque droite, grosse comme une amande, un peu douloureuse et mobile.

3 - Antécédents

a) Médicaux R A S

b) Chirurgicaux Appendicectomie en 1958

c) Gynécologiques

Cycle régulier de 28 jours - règles de durée et abondance normales - 4 jours

Depuis trois cycles, oligoménorrhée

Pas de métrorragies

Pas d'infection gynécologique

d) Obstétricaux V° pare, V° geste

en 1953 - mort-né à terme - gros enfant

en 1955 - 1 garçon à terme ANT DNC 3.450 g
 en 1956 - 1 garçon à terme ANT DNC 2.950 g
 en 1961 - 2 garçons 1.700 g et 2.200 g

un des jumeaux a fait une primo-infection tuberculeuse.

L'absence de signes cliniques bien évocateurs, fait envisager une coelioscopie.

Coelioscopie pratiquée le 22 mai 1970

- utérus de volume normal, coloration rougeâtre, inflammatoire,
- annexe gauche normale,
- à droite, ovaire de volume normal ; il existe quelques adhérences entre la trompe et le grand épiploon,
- en arrière et à gauche de l'utérus, on aperçoit le paquet vasculaire utérin (veine et artère)
- il existe une déchirure du feuillet postérieur du ligament large, aux alentours très proches du ligament utéro-sacré

Conclusion

Il existe une déchirure du feuillet postérieur du ligament large, la masse perçue dans la fosse iliaque droite était l'ovaire droit qui est apparu tout à fait normal.

Intervention décidée le 28 mai 1970

- 1 - Exclusion du Douglas
- 2 - Ligature des trompes

Médiane sous-ombilicale

Il existe deux déchirures du ligament large de chaque côté, un peu au-dessus et en dehors des insertions des utéro-sacrés sur l'utérus.

Mais dans son ensemble, le feuillet postérieur du ligament large est déhiscant, granuleux, déchiqueté dépoli.

Incision du péritoine passant un peu au-dessus de l'isthme, en avant et à un travers de doigt sous les lignes inominées, sous le promontoire.

On décolle sur 3 à 4 cm la lèvre inférieure et la lèvre supérieure.

Suture des lèvres supérieures entre elles par des fibres antéro-postérieures en nylon 00, points séparés, distants chacun d'environ 3 cm.

A la fin de l'intervention, l'utérus est nettement antéversé.

Les varices volumineuses des pédicules lombo-ovariens et du ligament large se sont affaissées.

Ligature des trompes selon le procédé de Madlen avec nylon n° 1.

Contrôle post-opératoire

- guérison totale après deux mois
- reprise de l'appétit et du poids spectaculaire
- disparition de l'asthénie physique et psychique
- règles plus abondantes qu'auparavant.

A propos des abréviations mentionnées au cours de l'observation :

NB - ANT signifie : accouchement normal à terme

DNC signifie : délivrance normale et complète.

Observation n° 8

Madame G... Chantal, 25 ans, est admise dans le service le 18 janvier 1971 pour :

- syndrome douloureux pelvien et
- fatigue générale

1 - L'interrogatoire nous apprend que cette jeune femme souffre en permanence, depuis un accouchement remontant au 18 mai 1968. Elle se plaint :

- de douleurs pelviennes basses, sans périodicité bien nette, exagérées par la station debout prolongée, calmées par le repos, mais sans jamais toutefois disparaître complètement,

- d'une dyspareunie profonde

- d'une dysménorrhée secondaire apparue il y a cinq ans, après une infection cervicale non traitée.

Elle souffre avant les règles et les deux premiers jours de la menstruation.

- d'une asthénie physique et psychique très nette.

L'ensemble de ces symptômes sont mis sur le compte d'une rétroversion utérine dont la malade se sait porteuse depuis toujours.

2 - L'examen nous montre :

- un col cicatriciel
- des leucorrhées banales
- surtout le toucher vaginal est douloureux
- le corps utérin est rétroversé franchement, de taille normale, très mobile, mais la mobilisation verticale est très douloureuse
- le col est très mobile et réveille une vive douleur
- les annexes ne sont pas perçues.

3 - Antécédents gynécologiques

Septembre 1969

Admise d'urgence en clinique pour syndrome douloureux abdominal à maximum droit. Le diagnostic d'appendicite est évoqué, mais la laparotomie récuse le diagnostic. Il s'agit en fait, d'une rupture hémorragique d'un kyste ovarien. Une kystectomie est pratiquée.

- jamais eu de traitement médical gynécologique

Puberté normale à 13 ans

Règles d'abondance normale ; cycle régulier, 28 jours

- A pris un oestro-progestatif (Stédiril) de décembre 1970 à janvier 1971.

4 - Antécédents obstétricaux

1 grossesse. Accouche le 18 mai 1968 d'un gar çon pesant 3.540 g

- hospitalisée au 6ème mois de grossesse à la maternité de la Pitié pour pyélonéphrite gravidique

Travail long (1 journée)

- expulsion rapide , à dilatation incomplète , la malade poussant trop fort déchire son col

- jamais de fausse-couche

Devant ce tableau évocateur de déchirure du ligament large , on propose l'intervention à la malade qui accepte . On intervient le 20 janvier 1971 .

5 - Compte-rendu opératoire

- médiane sous-ombilicale avec résection de la cicatrice antérieure .

Découverte d'un utérus rétroversé de taille et d'aspect normal . Existence d'une plaie sur la face postérieure du ligament large gauche .

Annexes saines .

Incision péritonéale passant en avant de l'isthme utérin sur les fosses para-rectales gauche et droite et rejoignant le rectum au niveau de ses faces postéro-latérales .

Décollement et excision du fond du Douglas .

Suture péritonéale à points séparés au fil non résorbable et sur drain de Redon placé dans le fond de Douglas .

- Issue du Redon à droite de la médiane après trajet sous-péritonéal . Avant la suture péritonéale , on rapproche par deux points séparés de fil non résorbable les ligaments utéro-sacrés .

- Paroi plan par plan

Surjet catgutt 0 sur le péritoine : points séparés

Peau : surjet + agrafes

Fixation du Redon à la peau .

III - ETAPES DU DIAGNOSTIC

Il nous paraît intéressant de montrer, à la lumière de nos observations, qu'elles ont été les erreurs, les hésitations et enfin, le cheminement de l'enquête qui nous a conduit à soupçonner puis à affirmer la déchirure du ou des ligaments larges.

Des huit observations que nous rapportons, il se dégage une constatation fondamentale qui est la discordance entre la riche symptomatologie fonctionnelle et la pauvreté des signes d'examen.

Les femmes qui nous étaient adressées ou venaient consulter d'elles-mêmes se plaignaient :

- d'un syndrome douloureux pelvien plus ou moins bien défini et localisé,
- d'une altération profonde de l'état général.

A partir de ces deux signes, nous avons procédé à un interrogatoire minutieux analysant chaque symptôme, les modalités évolutives, et surtout leurs circonstances déclenchantes. Les renseignements fournis par notre examen nous ont apporté peu d'aide, sauf peut-être une impulsion à chercher plus loin et à entreprendre des investigations complémentaires simples, pour aboutir en fin de compte au diagnostic.

1) Valeur des renseignements fournis par l'interrogatoire

La douleur, motif commun de la consultation est l'élément qui tout en nous donnant l'éveil sur la possibilité d'une affection génitale, nous a donné le plus de difficultés, tant ce symptôme est banal chez toutes les femmes consultant en gynécologie.

La description des douleurs faites par chacune de nos malades nous a fait envisager de nombreuses possibilités diagnostiques.

- Dans certains cas, le siège de la douleur, abdominal, à maximum péri-ombilical et à irradiations ascendantes vers l'hypocondre droit, nous a fait rechercher par priorité une affection hépato-vésiculaire ou digestive (observation n° 5).

Tous les examens pratiqués dans ce sens se sont révélés négatifs.

Pour trois de nos observations, ce syndrome douloureux pelvien peut s'expliquer par l'existence d'une infection annexielle chronique, si fréquemment retrouvée en pratique gynécologique. Cette hypothèse s'est trouvée confirmée par l'examen de ces patientes qui a décelé un empâtement diffus d'un cul-de-sac latéral et une sensibilité anormale du cul-de-sac de Douglas. Nos investigations se sont arrêtées là, après avoir rassuré les malades sur la bénignité de leur affection génitale et la possibilité de les guérir par un traitement anti-inflammatoire et anti-infectieux bien conduit. Or, après une amélioration temporaire, la douleur reprenait ses droits et nos malades, lassent de souffrir nous suppliaient de leur apporter l'apaisement.

Nous avons penché vers le diagnostic de facilité qui consiste à considérer ces douleurs comme essentielles, en rapport possible avec une dystonie neuro-végétative.

En effet, elles présentent le plus souvent les caractères d'endolorissement continu, de pesanteur du bas-ventre avec des exacerbations plus aiguës ; sensations de brûlures, de crampes, jamais dramatiques. Toutefois leur topographie est diffuse, pouvant parfois être latérale, le plus souvent médiane, leurs irradiations variables : en général postérieures, lombo-sacrées, mais également inguinales ou crurales.

Leur horaire est variable, existant parfois dès le matin, résultat éloigné du coït nocturne ; plus souvent elles n'apparaissent que progressivement dans la journée, après les fatigues physiques professionnelles ou autres (rôle aggravant des trépidations ; un exemple est fourni par une de nos malades où la douleur s'est aggravée après une soirée passée à danser).

Une note psychique est indiscutable ; la sexualité est souvent très modifiée et l'interprétation de cet endolorissement pelvien est bien difficile : s'agit-il bien d'un syndrome purement fonctionnel ?

C'est probable dans un certain nombre de cas ; le dérèglement hormonal d'une hyperfolliculinie "retentit sur la vascularisation de l'appareil génital en le congestionnant" ; inversement, une instabilité vasomotrice, une hypersensibilité du système neuro-végétatif d'origine psychique a, au niveau de la sphère pelvienne une cible particulièrement réceptive par l'intermédiaire des hormones sexuelles.

Mais cette hypothèse de douleurs essentielles ne nous a pas convaincus d'autant plus que l'interrogatoire nous fournissait trois éléments fondamentaux, traduisant l'organicité des lésions :

- l'existence quasi-constante d'une dyspareunie
- la profonde altération de l'état général
- les circonstances déclenchantes précises ; les symptômes étant postérieurs à un accouchement plus ou moins laborieux.

1) La dyspareunie dont se plaignent nos malades traduit une altération de l'appareil génital, en ce sens qu'elle est permanente, constante et ayant pour caractère essentiel d'être profonde, laissant des douleurs non immédiates mais tardives. Elle est de plus en plus marquée après chaque rapport, se situe au coeur de l'action masculine et laisse persister un endolorissement pelvien. Tous ces signes sont bien différents de ceux fournis par une dyspareunie superficielle liée à un vaginisme ou à une sécheresse des muqueuses.

2) Les signes généraux passent parfois au premier plan dans l'interrogatoire et préoccupent souvent beaucoup plus nos patientes par l'incapacité physique qu'elles ressentent. Elles la décrivent comme une asthénie physique et psychique très intense, permanente, s'aggravant de jour en jour sans qu'aucun traitement ne puisse leur apporter un soulagement. Cette fatigue générale s'accompagne d'un amaigrissement rapide et important.

Bien des étiologies ont été évoquées devant ces malades pâles, fatiguées, dénutries et des bilans hématologiques, pulmonaires n'ont pu apporter un élément précis.

Cet amaigrissement est un élément important, car il traduit l'organicité du syndrome douloureux. Il évolue simultanément à lui et à la même date de survenue et les mêmes circonstances déclenchantes. C'est l'amaigrissement que l'on voit s'installer après une ou plusieurs maternités et qu'aucun traitement médical ne parvient à réduire.

3) En effet, l'interrogatoire nous apprend que l'ensemble du syndrome douloureux pelvien et l'altération de l'état général succède à un antécédent obstétrical bien net.

Travail normal ou dystocie modérée, qui n'est pas connue de la parturiente. Dans les antécédents de ces femmes on note rarement des traumatismes obstétricaux, application de forceps, tamponnements utérins, présentation pelvienne avec travail laborieux, susceptible de favoriser des séquelles ultérieures. Parfois, bien que l'antécédent obstétrical soit présent, les phénomènes douloureux apparaissent après un long intervalle, apparemment sans relation avec l'accouchement antérieur.

Beaucoup plus rarement cet antécédent manque.

Loffredo rapporte l'apparition de ce syndrome chez des vierges atteintes de rétroversion utérine congénitale, expliquée par une extension des ligaments au cours de la croissance pubérale de cet utérus rétroversé et aussi au cours de la première grossesse chez une femme dont la rétroversion utérine avait été probablement réduite.

Dans le cas présent, toutes nos observations font état d'un antécédent obstétrical net, les douleurs étant apparues peu de temps après le dernier accouchement.

Les renseignements fournis par l'interrogatoire ont été suffisants pour nous faire conclure à la possibilité d'une relation étroite entre les signes fonctionnels décrits par nos malades et une lésion de l'appareil génital.

C'est ce que nous nous sommes efforcés de rechercher par l'examen clinique.

Valeur des renseignements fournis par l'examen clinique.

Ils sont de valeur très inégale et ont été interprétés différemment. La sensibilité d'un cul-de-sac ou la douleur à la mobilisation utérine ont été mises au début sur le compte de l'infection des paramètres, d'une Douglassite, mais la persistance de la douleur provoquée au toucher vaginal après traitement d'épreuve ne nous a pas semblé une explication satisfaisante et définitive.

Dans tous les cas (sauf l'observation n° 6 où l'utérus est antéfléchi) on note l'existence d'une rétroversion, l'utérus est basculé dans un cul-de-sac utéro-rectal très profond. Il est gros, mou et douloureux. L'observation n° 5 est la seule où le toucher vaginal a montré une mobilité anormale du col, ce qui a été pour nous un signe hautement évocateur.

Au total, le seul examen clinique de nos patientes ne nous a jamais permis de poser un diagnostic précis, mais seulement la confrontation de celui-ci avec les données de l'interrogatoire, nous a encouragé à poursuivre les investigations complémentaires tant la coelioscopie que l'acte chirurgical qui a permis de faire un bilan opératoire du pelvis montrant dans tous les cas :

- un utérus en rétroversion accentuée

- et des lésions anatomiques typiques faites d'une modification de la base du ligament large, du feuillet péritonéal, du feuillet fibreux conjonctif et des vaisseaux utérins.

Avant d'opérer ces femmes, beaucoup d'auteurs pensent qu'un examen psychique est nécessaire afin de faire la part des symptômes revenant à la lésion susceptible d'être guérie chirurgicalement

et celle en rapport avec un état psychologique plus ou moins altéré.

Il est certain qu'une femme qui souffre constamment, qui a du mal à travailler correctement, devient nerveuse, irritable. Pour peu que cet état de chose se prolonge, que les traitements soient inefficaces, un véritable cercle vicieux s'installe. On est en présence de malades pâles, fatiguées, migraineuses, anorectiques, pluralalgiques, chez qui les sensations s'exacerbent, prenant alors une importance démesurée. La neurasthénie est le terme de l'évolution.

En fait, si un pareil tableau peut se réaliser, il faut cependant apporter un correctif très important : chez les jeunes femmes qui font l'objet de cette étude, il est rare de constater des troubles psychiques réels. Elles font le plus souvent preuve, au contraire, de courage et d'énergie, mais elles se heurtent à une difficulté insurmontable pour elles sur le plan physique. La correction de la mauvaise position utérine, d'abord par un pessaire, puis définitive par l'intervention, transforme le psychisme de telles patientes.

C'est pour nous la preuve que ces femmes ne présentent des troubles caractériels qu'en conséquence d'une lésion anatomique précise.

En résumé, les différentes étapes qui nous ont conduit à soupçonner, à évoquer puis à confirmer le diagnostic de déchirure du ligament large ont été progressives, et l'enquête n'a pu aboutir qu'en regroupant ensemble et d'une façon cohérente les éléments tant de l'interrogatoire que de l'examen clinique et surtout la confirmation visuelle des lésions qui constituent la trame indispensable au diagnostic de syndrome de Masters et Allen.

1° élément - les antécédents obstétricaux

2° élément - triade fonctionnelle clinique

- douleur pelvienne
- dyspareunie
- altération profonde de l'état général

3° élément - triade clinique

- utérus rétroversé
- douleur au toucher vaginal
- col mobile

4° élément - bilan opératoire du pelvis

- utérus en rétroversion accentuée
- ovaires augmentés de volume, prolabés
- sérosité sanguinolente

- lésions anatomiques typiques

- déchirure du feuillet péritonéal
- déchirure du feuillet fibreux conjonctif

5° élément - cure chirurgicale

6° élément , principal de ce syndrome

C'est l'efficacité du traitement chirurgical.

On assiste à une disparition des symptômes dans les trois à six mois qui ont suivi l'intervention.

Les algies pelviennes spontanées disparaissent dès la première semaine.

La dyspareunie cesse complètement et la vie sexuelle reprend. La persistance des phénomènes douloureux dans l'intervalle qui suit immédiatement l'intervention peut indiquer un mauvais résultat définitif.

La reprise du poids est progressive ; l'activité physique reprend comme auparavant.

Dans certains cas, les premières règles peuvent être plus abondantes car dans sa nouvelle position, l'utérus se décongestionne graduellement, revenant au volume normal en trois à dix mois. Il semble logique d'attendre six mois après l'intervention avant d'instituer un traitement hormonal des troubles menstruels existants.

IV - RAPPEL DE LA DESCRIPTION PRINCEPS DU SYNDROME

En 1955, MASTERS et ALLEN isolent, à propos de 28 observations, une entité anatomo-clinique caractérisée par la déchirure du feuillet postérieur du ligament large à la suite d'un accouchement.

Ils rendent le traumatisme obstétrical responsable d'une brèche ligamentaire dont les algies pelviennes spontanées ou provoquées sont l'expression clinique prédominante. Anatomiquement, la rétroversion utérine et le col anormalement mobile en font la marque constante.

Ce dernier signe est considéré comme le maître symptôme qu'ils dénomment :

Syndrome de "l'universal joint cervix" qui se traduit en français : col articulé - col monté sur rotule.

Ils proposent un traitement chirurgical simple ; la réparation du feuillet postérieur du ligament large en deux plans dont les résultats sont favorables après un recul de deux à six ans.

Description clinique du syndrome.

- Caractères des douleurs : assez vagues.

- douleurs pelviennes en général à maximum hypogastrique et à irradiations lombaires sacrées.

- elles ont un caractère diffus, exagérées par la fatigue, la station debout et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur. Sont plus marquées également dans le prémenstrum.

- elles n'ont par conséquent, rien de spécifique, contrairement à la dyspareunie qui est d'un type spécial.

- dyspareunie particulière par sa localisation et son intensité.

- dyspareunie profonde, se situant au coeur de l'action masculine, survenant au maximum de la pénétration et dont est responsable une douleur exécrante du cul-de-sac de Douglas d'origine balistique. Cette douleur persiste souvent dans les heures qui suivent sous forme d'un endolorissement pelvien.

Cette dyspareunie entraîne une frigidity.

- l'asthénie est un signe important, instabilité émotionnelle, amaigrissement, fatigue extrême au moindre effort qui amène les malades à consulter, car elles deviennent incapables de soutenir les charges d'une maison qu'elles ont jusqu'alors bien remplies. Le retentissement psychique est intense, si bien qu'elles finissent par être qualifiées de névropathes. Les conséquences sociales qui en découlent sont donc très lourdes.

- la dysménorrhée, souvent primitive, est aggravée par l'accouchement.

- des troubles des règles peuvent s'associer aux symptômes précédents à type de méno-métrorragies, mais ne sont pas un élément probant et constant.

- il en est de même des leucorrhées.

Signes physiques.

Autant la symptomatologie fonctionnelle est riche, autant les signes d'examen sont pauvres.

L'examen gynécologique attentif met en valeur une triade caractéristique associant :

- rétroversion utérine isolée, en principe réductible, mais parfois absente (GOETHAL et BOVIN rapportent un cas où elle n'était pas, soit en raison de l'importance des douleurs, soit à cause de la gravidité) qui est banale en soi, mais dont 3 détails cliniques doivent être soulignés :

1) le degré accentué de cette rétroversion. Rétroversion flexion de l'utérus, dont le fond basculé en arrière dans le cul-de-sac de Douglas semble gros et mou

2) douleurs provoquées par le contact et la mobilisation du fond utérin

3) mobilité anormale du col en "joint universel"

C'est le signe capital ; le col est mobilisable en tous sens comme s'il était articulé sur un isthme mou rappelant ce que l'on trouve en début d'une grossesse.

Il est à noter et YVENAT le souligne dans sa thèse (Réf -

"douleur très vive que l'on réveille par la pression de part et d'autre de la face postérieure de l'isthme utérin, là où convergent les ligaments de Mackenrodt".

Par ailleurs et souvent, on réveille une douleur exquise par la pression au niveau du cul-de-sac de Douglas.

V - DESCRIPTION DES LESIONS ANATOMIQUES

- Lésions anatomiques retrouvées lors de l'intervention.

1) Après incision du péritoine, on tombe sur :

- un utérus mou, marbré, congestif, augmenté de volume et lourd entraînant un prolapsus des annexes repliées en ailes d'oiseaux derrière lui

- des trompes turgescentes, de gros ovaires parfois polymicrokystiques

- une rétroversion flexion très marquée de l'utérus, logé dans un profond cul-de-sac de Douglas, entre les ligaments utéro-sacrés flasques et distendus souvent réduits à une trame. Rétroversion toujours mobile et aisément réductible.

2) Le cul-de-sac de Douglas, comblé ou cloisonné par des adhérences vélamenteuses presque toujours rempli d'une sérosité hématique (30-80 cc)

Du liquide séreux peut également être retrouvé dans les culs-de-sac vésico-utérin en quantité modérée.

3) Le varicocèle des vaisseaux utérins turgescents et faisant saillie à travers la brèche est toujours d'une impressionnante intensité. Parfois il porte les vaisseaux tubo-ovariens.

4) La lésion anatomique caractéristique du syndrome qui n'est pas d'emblée visible (mais seulement en prenant soin de basculer fortement l'utérus en avant, ce qui permet d'exposer sa face postérieure).

- Typiquement, il s'agit d'une déchirure complète du péritoine et de son fascia sous-jacent qui siège à la partie basse du mésométrium débordant sur le paramètre, au niveau de l'isthme. Elle serait plus fréquente à gauche, mais serait le plus souvent bilatérale.

Déchirure verticale, transversale, en aile de papillon pouvant intéresser les ligaments utéro-sacrés.

- La brèche se trouve au niveau du feuillet postérieur du ligament large, soit nette, soit parfois minime et moins importante que celle du fascia.

MASTERS et ALLEN la décrivent ainsi :

Presque toujours, c'est une vaste brèche dont les bords habituellement très nets ont tendance à se rétracter en agrandissant la plaie.

- La berge utérine de l'orifice se rétracte vers le bord latéral du corps pouvant se confondre avec lui.

- La berge pelvienne est souvent rétractée à un degré encore plus grand et il est nécessaire de la rechercher tout près de la paroi latérale du bassin.

En dépit de la largeur de la brèche, les bords peuvent être facilement rapprochés sous tension.

Il faut aussi bien repérer la position des vaisseaux utérins. Si la déchirure intéresse à la fois le péritoine et le paramètre, les vaisseaux se prolagent à travers la brèche étant ainsi complètement à découvert dans la cavité péritonéale.

- Le deuxième type réalise une dilacération du fascia sous-péritonéal sans rupture du péritoine ; mais ce dernier apparaît transparent "comme usé au coude" (GRANJON-VARANGOT) manifestement lui aussi dilacéré, laissant saillir d'énormes plexus veineux utérins.

VI - CONCEPTION PATHOGENIQUE

Nous pensons que la lésion initiale est une déchirure du ligament large, plus exactement du ligament de Mackenrodt ; mais qu'à cette déchirure du ligament large s'associe fréquemment une déchirure ou une élongation des ligaments utéro-sacrés. Cette dernière lésion a été mise en valeur par Serment qui lui attribue une part importante dans le syndrome douloureux, surtout la dyspareunie du fait de lésions de filets nerveux très nombreux, vraisemblablement dans cette région.

A ce moment, les ligaments utéro-sacrés n'attirant plus le col utérin en arrière dans la position anatomique normale, il y a bascule du corps utérin, bascule qui est facilitée par la lésion des ligaments larges dont les fibres maintiennent le corps utérin en avant, et facilitée également par une disposition des ligaments ronds qui sont plus faibles, qui sont plus ténus que d'habitude. A moins que ces ligaments ronds qui ne peuvent maintenir à eux seuls l'utérus s'allongent progressivement et que l'allongement de ces ligaments ronds ne soit que la conséquence de la traction en arrière du fond de l'utérus.

Si la déchirure du ligament large est unilatérale, elle prédomine à gauche ; expliquée par la dextrotorsion et la dextroversion de l'utérus au cours de la grossesse.

En effet, celles-ci provoquent une élongation et une traction plus importante sur le ligament large gauche que sur le droit dont la conséquence serait une dilacération du tissu fibreux sous-péritonéal et du péritoine à gauche. Ces lésions des ligaments utéro-sacrés et du ligament large sont à l'origine des troubles de la statique de l'utérus et en fait, l'utérus se trouve libéré en partie de ses attaches.

C'est pourquoi, la dénomination de "syndrome de désinsertion utérine" proposée par Serment paraît plus explicite que syndrome de déchirure.

Comment peut-on expliquer les phénomènes vasculaires ? L'utérus bascule en arrière, et apparaissent des phénomènes de congestion pelvienne : c'est le varicocèle pelvien. Le varicocèle est dû, d'une part, aux troubles circulatoires par torsions de l'utérus sur lui-même, et d'autre part, à cette déchirure du ligament large ou à la

disparition des fibres musculaires du ligament de Mackenrodt , qui fait que les veines deviennent variqueuses de la même façon que la saphène interne devient variqueuse n'ayant pas autour d'elle le support anatomique des fibres musculaires .

Le varicocèle cause de douleurs , de tiraillements , également occasionnés par la déchirure des ligaments utéro-sacrés et par les tractions perpétuelles sur les plexus nerveux du petit bassin .

Telle est l'hypothèse qui nous semble la plus vraisemblable .

VII - DISCUSSION

L'analyse détaillée des principaux critères retenus dans nos observations, confrontés à la description magistrale princeps nous autorise d'après notre expérience personnelle, à discuter trois problèmes :

- d'autonomie
- de diagnostic
- et de traitement de ce syndrome

1) Faut-il conserver son autonomie au syndrome de Masters et Allen ?

La correction statique suffit à corriger les douleurs. Mais dans un nombre non négligeable d'observations, il existe des lésions organiques associées qui ont certainement un rôle morbide et qui empêchent d'affirmer que l'opération projetée sera bénéfique.

On retrouve le cadre de la névralgie pelvienne essentielle lorsqu'il s'agit de déchirure asymptomatique ou lorsque manquent les critères étiologiques ou cliniques fondamentaux, ou que le tableau peut s'expliquer par d'autres lésions associées ou indépendantes (infection, dystrophie). Témoins, deux de nos observations où un syndrome inflammatoire véritable s'associe à la déchirure. La douleur et l'atteinte de l'état général ne pourraient être mises que sur le compte de l'inflammation chronique. En effet, il n'y a pas de relation obligatoire de cause à effet entre la dilacération et les phénomènes douloureux. Il existe des cas latents : déchirure inattendue des ligaments larges découverte à l'occasion d'une intervention pelvienne (exemple fourni par l'observation n° 6 où le diagnostic d'algies fonctionnelles dans un contexte de dystonie neuro-végétative avait été hâtivement porté. La coelioscopie de "sécurité" nous a prouvé le contraire). Inversement, dans des cas apparemment typiques, on ne trouve pas de déchirure mais une élongation isolée, évidente, de la charpente fibro-musculaire du connectif para-utérin. Comme elle ne se voit pas, il faudrait faire une dissection du paramètre, ce qui est difficile et dangereux (l'observation n° 4 nous en donne une illustration).

2) Les problèmes de diagnostic.

La réalité du syndrome de Masters et Allen étant indiscutable, il faut y penser systématiquement devant toute consultante de gynécologie qui souffre et éplucher l'interrogatoire. Méconnues, ces malades sont vouées à faire la fortune ou la mauvaise réputation des traitements multiples qui leur sont proposés de service en service.

Il est certain que dans les formes atypiques, caractérisées en réalité par des algies apparemment essentielles, rien ne permet au fond de préjuger de ce syndrome.

Il faut souligner que la douleur pelvienne est un des signes les plus fréquents de la pathologie fonctionnelle en gynécologie. Il n'est pas exagéré de dire que les douleurs pelviennes chez la femme tiennent la dominante dans la gamme des troubles fonctionnels gynécologiques. Elles se présentent sous des aspects très polymorphes et leur étiologie est loin d'être unique.

Les syndromes douloureux se présentent sous des aspects divers ; il en est des cycliques rythmés par les règles fort complexes quant à leur étiologie et leur thérapeutique, où la rétroversion peut avoir un rôle mécanique, mais surtout entrer en jeu par les phénomènes vasculaires qu'elle provoque avec retentissement ovarien toujours important.

Il existe des syndromes douloureux pelviens continus évoluant en général par poussées qui peuvent être en rapport avec des lésions évidentes, inflammatoires ou tumorales ; mais il en est d'autres aussi que l'on baptise de "syndromes douloureux essentiels". On ne retrouve pas à l'examen de lésions perceptibles ; les culs-de-sac sont cependant douloureux, la mobilisation utérine pénible et la dyspareunie fréquente. Il n'y a pas de rétroflexion, mais la douleur est due à une instabilité particulière du sympathique pelvien mal protégé par le tissu cellulaire pelvien sous-péritonéal.

Condamin avait rattaché des troubles semblables à une inflammation chronique du cul-de-sac de Douglas, qui deviennent de moins en moins fréquents. Taylor rattache ces douleurs à des phénomènes de congestion hyperhémique par des troubles vasculaires et neuro-végétatifs de la sphère pelvienne.

Le deuxième élément fondamental du diagnostic, et clinique celui-ci, est l'existence d'une anomalie fixée de la statique utérine : la rétroversion.

On pourrait acquérir une certaine propension à évoquer abusivement ce syndrome devant toute rétroversion utérine douloureuse. Mais toute rétroversion utérine douloureuse n'est pas due à une rupture du ligament large, à beaucoup près ; les rétroversions acquises, fixées

d'origine inflammatoire ou associées à une endométriose, ou même les rétroversions supposées congénitales que l'on découvre chez la jeune fille, sont beaucoup plus fréquentes et peuvent entraîner une symptomatologie fonctionnelle comparable.

Ainsi, à lui seul, le signe d'examen qui est la rétroversion douloureuse ne peut être qu'un jalon à l'ébauche du diagnostic présagé sur un ensemble de notions étiologiques, cliniques, thérapeutiques et surtout opératoires.

Qui plus est, dans les cas de diagnostic difficile, discutable ou discordant (le même tableau est observé dans les rétroversions acquises d'origine inflammatoire, rétrodéviations congénitales, (l'infection génitale chronique surtout) le problème est celui de la légitimité de l'intervention. L'inefficacité d'un traitement anti-infectieux bien conduit, le bénéfice réel apporté par les toniques vasculaires ont plus de valeur mais s'effacent devant :

- l'épreuve du pessaire
- la coelioscopie
- et la laparotomie exploratrice, facilement acceptée, sinon réclamée par ces malades qui ne reculent pas devant l'éventualité d'un geste radical.

1 - Valeur de l'épreuve du pessaire.

Pour certains, c'est un temps fondamental, un geste simple et surtout qui a le mérite de faire soupçonner le diagnostic mais également de préparer psychologiquement la femme à l'intervention.

En pratique, on utilise un pessaire de type Dumont-Pallier, adapté parfaitement à la cavité vaginale, ne provoquant aucune gêne, ni douleur. Propreté stricte surveillée, il sera laissé en place quinze jours à un mois, au bout desquels on jugera de son efficacité.

Résultats.

La mise en place d'un pessaire bien adapté doit faire disparaître l'ensemble des troubles fonctionnels : pesanteur pelvienne, douleurs diverses, etc ... Après trois semaines de cette épreuve, si le soulagement est réel, la correction chirurgicale de la rétrodéviation utérine est légitime.

Par conséquent, le pessaire n'aura pas été qu'un traitement d'épreuve, préliminaire à l'opération.

2 - La coelioscopie est le deuxième examen à envisager systématiquement car il a de nombreux avantages et peu d'inconvénients, tous d'ordre technique.

- avant tout sa simplicité, exploration bénigne ne nécessitant que 3 jours d'hospitalisation au maximum,

- surtout, il paraît légitime de la proposer en cas d'algies rebelles où l'on discute la prolongation d'une thérapeutique médicale jusque là inefficace ou le recours à la chirurgie.

Elle permet d'affirmer le diagnostic si l'on constate l'existence de lésions anatomo-pathologiques, de confirmer notre impression clinique, mais surtout la découverte fortuite de la déchirure chez des femmes qui ne se plaignaient d'aucune douleur. D'où encore une fois, la valeur de l'examen endoscopique dans l'affirmation du diagnostic.

- enfin, son intérêt qui est sans aucun doute aussi important, est d'éviter parfois une laparotomie pour une suspicion de lésion qui ne se confirmera pas.

A plusieurs reprises, des coelioscopies pratiquées pour : suspicion de déchirures nous a fait constater l'absence de cette lésion.

Donc intérêt diagnostic mais aussi examen raisonnable limitant à peu de frais notre attitude chirurgicale. Inconvénient au point de vue pratique, certaines difficultés peuvent se rencontrer du fait de la position particulière de l'utérus. Les résultats sont variables, fonction surtout de l'expérience de l'opérateur.

Certains disent que la déchirure est difficile à voir malgré la canule intra-utérine qui redresse l'utérus, en raison de la déclivité de la malade, nécessaire à l'examen et du prolapsus fréquent des annexes, masquant la face postérieure du ligament large.

Pour d'autres (Palmer) quel que soit le type de déchirure, la lésion est visible pour peu que l'on prenne la précaution de bien redresser l'utérus rétrofléchi ou rétroversé et d'examiner la face postérieure de ces ligaments larges et l'aspect des ligaments utéro-sacrés.

Quoi qu'il en soit, c'est un examen qui offre un grand intérêt lors de l'exploration d'une douleur en gynécologie.

3 - Enfin, la laparotomie exploratrice, terme final des explorations, confirme les lésions anatomiques évoquées par la clinique et constatées de visu par la coelioscopie.

Mais la vérification et à fortiori la découverte de la lésion ne sont ni simples ni fortuites. Elles demandent une intention délibérée d'explorer la face postérieure du ligament large avec des manoeuvres douces pour ne pas créer extemporanément une lésion qui n'existait pas.

III - Le problème du traitement chirurgical.

Le principe en est simple et consiste en une suture de la brèche du paramètre et rétablissement de la séreuse péritonéale. Pour certains, ce geste suffit à corriger les troubles statiques et ptosiques. D'autres le complètent par un acte plastique de suspension et de réorientation utérine.

Or, toutes ces interventions d'hystéropexies directes ou indirectes (ligamentopexies) de correction de la rétroversion utérine ont certes à leur actif des succès, mais aussi et surtout beaucoup d'échecs à type de récides.

1 - Les pexies directes isthmiques

Elles modifient la position normale de l'utérus et ouvrent le cul-de-sac de Douglas en mettant l'axe de l'utérus dans le prolongement du vagin, ce qui est souvent responsable, à la longue, d'hypertrophie du col.

2 - Les pexies indirectes

conservent à l'utérus une mobilité normale mais sont la source fréquente de récides et d'accidents.

Au cours de ces interventions, un élément primordial est constamment négligé : le cul-de-sac de Douglas.

Celui-ci, virtuel à l'état physiologique devient béant et d'une profondeur anormale dans les rétroversions utérines. Dans ces cas, il constitue une trappe toujours ouverte permettant à l'utérus déjà rétroversé de s'effondrer complètement.

Ainsi, tous les procédés proposés, et ils sont nombreux, comportent des inconvénients immédiats ou secondaires et des récides fâcheuses. Par ailleurs, l'abus des cures de rétroversion utérine injustifiées a discrédité toute tentative de correction.

C'est pourquoi, dans un nombre limité de cas, mais qui s'imposaient par les troubles fonctionnels, par les lésions anatomiques, nous avons utilisé la dougласsectomie.

Cette ablation du péritoine pelvien avec suture bord à bord des deux feuillets restants après la dissection en accolant vagin et rectum, en suturant les ligaments utéro-sacrés, a permis une bonne orientation des organes pelviens et d'obtenir une guérison définitive de la plupart des lésions constatées :

- rétroversion utérine bien sûr, mais aussi,
- prolapsus ovariens
- aspect variqueux des pédicules ovariens supérieurs
- déchirure du feuillet postérieur du ligament large.

L'intervention doit répondre à trois objectifs :

- guérison des syndromes douloureux
- absence de risque obstétrical ultérieur
- absence de récurrence, même après grossesse.

L'idée de supprimer la fosse pelvienne où tombent les organes génitaux et aussi les anses intestinales, amorçant une hernie de Douglas a paru logique à d'autres qu'à nous-mêmes. Il nous apparaît évident que les solutions moyennes, incomplètes ne sont que des "pis-aller" car bien souvent on laisse un fond péritonéal exclu, source de formations kystiques et on se prive de la zone d'accolement vagino-rectale qui est un des éléments essentiels des résultats d'avenir.

La raison majeure qui semble avoir dicté ces modifications de techniques est le désir de limiter et de simplifier une dissection qui apparaît importante. Dissection simple, non hémorragique, et elle apporte un résultat fonctionnel et anatomique bien plus satisfaisant que des demi-mesures.

En conclusion, à la lumière de nos résultats, il nous semble que la cure de rétroversion utérine mobile et douloureuse par la dougласsectomie, répond favorablement au triple impératif anatomique, fonctionnel et obstétrical qui fut le nôtre. La rétroversion utérine douloureuse associée dans le cas qui nous préoccupe à une déchirure du feuillet postérieur du ligament large, reste pour nous l'indication de choix de la dougласsectomie.

Elle est digne d'apporter une contribution valable à ce problème gynécologique important couramment posé à tous les praticiens gynécologiques et obstétriciens.

VIII - EXPOSE DES PRINCIPALES METHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le traitement de la déchirure du feuillet postérieur du ligament large relève uniquement de la chirurgie.

- Nous allons étudier dans ce chapitre, les différentes techniques chirurgicales proposées pour la cure de ce syndrome. Cet exposé n'a pas la prétention d'être complet et détaillé, mais n'a l'intention que d'informer le lecteur sur les modalités du traitement chirurgical. Nous essaierons brièvement de donner les avantages et les inconvénients des unes et des autres méthodes et nous insisterons surtout sur la Douglasséctomie type Jamain que nous avons employé chez nos malades.

1 - La technique la plus simple a pour principe, la restitution de l'appareil suspenseur de l'utérus par la suture des feuillets postérieurs des ligaments larges lésés.

- Précautions à prendre avant la suture :

Avant de procéder à la suture, utilité de réséquer correctement les débris de tissu fibreux sous-péritonéaux déchiquetés ainsi que les bords de la déchirure péritonéale dans le but de pratiquer la suture en tissus sains et non dans des tissus impropres à une cicatrisation correcte.

Afin de pouvoir réséquer correctement le tissu dilacéré, il faut faire une incision transversale du feuillet postérieur du ligament large au ciseau, et écarter les lèvres de la plaie. Cette dissection doit être minutieuse et précise, car c'est dans cette zone que se trouvent les varicocèles. Il faut éviter de léser les parois veineuses ce qui entraînerait une hémorragie gênant la poursuite de la dissection.

Ce temps est important pour isoler les veines dilatées et par la suite pour les maintenir par la suture.

En effet, la restitution normale du réseau veineux et la suppression des troubles circulatoires sont à l'origine de la disparition d'une partie des phénomènes douloureux.

- Types de sutures

Faites en deux phases .

1) Suture du tissu fibreux sous-péritonéal

2) Suture du feuillet péritonéal .

- La suture par bourses successives donne de mauvais résultats quant à la statique utérine ; l'utérus a tendance à rester en rétroversion .

- La suture dans le sens transversal est aussi impropre ; elle réduit la hauteur du ligament large et entraine la chute de l'utérus en arrière .

- La restitution du ligament large doit être faite dans le sens longitudinal en commençant par l'extrémité inférieure . Le fait de faire la suture dans le sens longitudinal, donc perpendiculaire au sens de l'incision qui est transversale, aura l'avantage de rétrécir la largeur du ligament large et d'assurer une meilleure contention du réseau veineux .

- Quelques points de pratique :

Il est recommandé à cet effet, d'employer du catgutt sertix 0 pour éviter de traumatiser le tissu par l'aiguille à chas . Ce seront des points séparés . Puis, la suture péritonéale sera aussi faite dans le sens longitudinal par des aiguilles sertix de nylon 00 . Afin d'obtenir une meilleure contention de la suture, en prenant dans les points péritonéaux du tissu fibreux sous-jacent .

Résultat

À la fin de cette suture péritonéale, l'utérus doit avoir repris sa position normale en antéflexion . Même si l'on appuie à ce moment sur le fond utérin vers l'arrière, en relâchant la pression, il doit reprendre immédiatement sa position antéfléchie . C'est ce qui est appelé le "signe du ressaut" prouvant que l'utérus est bien maintenu .

De nombreuses variantes de cette technique ont été proposées et nous retiendrons celles qui associent un complément opératoire à cette suture isolée qui nous paraît insuffisante à maintenir l'utérus et expose au risque de récurrence .

- L'association d'une fixation utérine à la restitution du ligament large nous semble préférable en ce sens qu'elle évite une tension trop forte du ligament . L'utérus est en général fixé à la paroi abdominale selon la technique de Doleris, complété par un cloisonnement du cul-de-sac vésico-utérin pour éviter un étranglement

intestinal entre les ligaments ronds, l'utérus et la paroi abdominale.

- Utile aussi d'associer si possible, une ligature ou une suture des ligaments utéro-sacrés quand ceux-ci ne sont pas trop lésés.

Après cette restitution chirurgicale de la statique utérine, la femme peut être à nouveau enceinte, mais il y a évidemment le risque de récurrence. Après trois grossesses, il est conseillé la stérilisation par ligature des trompes afin d'éviter les récurrences. Si elle désirait encore une grossesse, on conseille l'intervention après la grossesse qu'elle désire.

Enfin, la Douglasséctomie, technique que nous employons.

I - DOUGLASSECTOMIE (Jamain)

1) Technique

1° temps : Incision du péritoine

Débute près de la fosse latéro-rectale, en regard du sinus sacro-iliaque, gagne la face postérieure du ligament large après avoir longé la paroi pelvienne et rejoint à la face postérieure de l'isthme, le côté opposé symétrique. Le décollement terminal remonte sur le rectum. Le décollement progresse d'arrière en avant et de haut en bas, c'est ainsi que l'uretère facilement repéré, est laissé contre la paroi pelvienne, restant toujours visible et à distance du plan de dissection.

Il ne peut donc être lésé.

2° temps : Au niveau du l'isthme utérin

C'est le temps le plus délicat, où se situe la zone d'adhérence intime maxima du péritoine. La dissection est amorcée en descendant de part et d'autre de la ligne médiane. Après avoir passé la zone d'adhérence, la dissection redevient facile. La vue de tissu graisseux jaunâtre indique que l'on est parvenu au fond du Douglas ; clivage alors facile, on atteint la face antérieure du rectum. De proche en proche on l'atteint et on voit exposé le fond du petit bassin. Dans certaines circonstances on voit les éléments du syndrome de Masters et Allen : le feuillet postérieur du ligament large est inexistant.

La suture seule est insuffisante et on associe la ligature et le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés.

3° temps : Suture des ligaments utéro-sacrés

A un double effet :

- d'abord plancher supplémentaire qui s'interpose entre le fond du pelvis et le péritoine ,

- surtout , la traction ainsi réalisée attire en arrière l'isthme utérin et le col . Ainsi se trouve favorisée la bascule du corps utérin en avant .

Le problème du drainage ne se pose pratiquement pas , car il n'y a pas de suintement possible si l'on prend soin de lier chaque artériole .

2) Aspect du pelvis après Douglasséctomie

En fin d'intervention dans quelle position relative et sous quel aspect les différents éléments anatomiques du bassin nous apparaissent-ils ?

1 - l'utérus , parfaitement redressé , ceci par la suture des deux feuillets péritonéaux prérectal et rétro-isthmique - Mobilité physiologique normale , a perdu sa coloration marbrée et a repris une teinte rose habituelle .

2 - les annexes , reposent sur le plancher péritonéal rétro-isthmique n'ayant plus la possibilité de se prolaber dans le Douglas . Vaisseaux ovariens et lombaires ont perdu leur aspect variqueux .

3 - Enfin , les diverses lésions plus ou moins importantes du feuillet postérieur du ligament large sont corrigées du même coup .

Au total , les avantages de cette technique nous semblent nombreux , en particulier

- elle expose bien le fond du bassin ,

- permet de voir les uretères , la face postérieure du ligament large , les vaisseaux utérins , les ligaments utéro-sacrés , ce qui supprime les risques de blessure de l'uretère et des vaisseaux ,

- permet de réparer la déchirure et de pratiquer la plicature des ligaments utéro-sacrés ,

- la dissection péritonéale supprime le "puits" et le remplace par un plancher sur lequel les annexes reposent librement .

II - VARIANTE : TECHNIQUE DE CLOISONNEMENT DU DOUGLAS DE MARION (1904)

Cloisonnement du cul-de-sac de Douglas par des bourses superposées, rapprochant les péritoines prérectal, pariétal et rétrovaginal.

Elle présente des avantages et des inconvénients :

- Avantages techniques - en ce sens qu'il conserve à l'utérus une mobilité pratiquement normale, elle redresse l'utérus en attirant le col en arrière ; enfin, elle corrige le prolapsus des ovaires très souvent associé et facteurs responsables de douleurs pelviennes et vraisemblablement de dyspareunie.

- Les inconvénients comprennent :

les risques de lésions des uretères et ceux de récides en raison de l'étirement plus ou moins constant du péritoine au niveau des points d'attache.

Voilà brièvement résumées les différentes possibilités de cure chirurgicale de la déchirure du feuillet postérieur du ligament large.

OBSERVATIONS	n° 1 Mme L. Jeanine 36 ans	n° 2 Mme CO, Mauricette 33 ans	n° 3 Mme L. Liliane 26 ans	n° 4 Mme B. Chantal 24 ans	n° 5 Mme RU, 35 ans
ANTECEDENTS	1 G 3600 g forceps-souffre depuis	3 FCP 1 G 2950 g épiso, forceps	1 Acc. prémat. 7 m 1 acc. à 8 mois 2400 g. Délivrance artifi.	2 acc. normaux à terme. Souffre depuis son dernier acc.	2 ANT épiso. 3440 et 2880 g souffre depuis le dernier acc.
DOULEURS PELVIENNES	pesanteur dyspareunie P	pesanteur dyspareunie P	pesanteur dyspareunie P	pesanteur dyspareunie P	abdominale dyspareunie P
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	cycle normal fausse leucorrhée	cycles irréguliers - asthénie amaigrissement	cycles réguliers asthénie amaigrissement	leucorrhée pruri- asthénie amaigrissement	leucorrhées ++ asthénie amaigrissement
TRAITEMENTS SUBIS	vaso-dilatateur décongestionnant	circulatoire décongestionnant	anti-infectieux	antiseptique local électro-coagulation exocol	anti-infectieux anti-inflammatoire
COL très mobile	douleur à la mobilisation	non	douleur à la mobilisation	non	oui
PROLAPSUS	uréthro-cystocèle	déroutement du segment urétral à la toux	non	non	non
EXAMENS ENDOCRINIENS	non	néant	néant	néant	néant
UTERUS CONGESTIF	oui	oui	oui	oui	oui
VARICOCELE LOMBO OVARIEN	non observé	non observé	oui	oui - diffus	non
DYSTROPHIE OVARIEENNE	non	oui - kystes	non	non	non
SEROSITE DU DOUGLAS	non observé	non observé	oui	oui	non
UTERUS RETROVERSE	oui	oui	non	oui	oui
UTERUS ABAISSE	non	non	non	non	non
DECHIRURES DU LIGAMENT LARGE	à droite	bilatérale	bilatérale	à gauche	à droite
ELONGATION DE L'URETO-SACRE	oui	oui	non observé	non observé	non observé
TECHNIQUE CHIRURGICALE	Douglassectomie Suture	Douglassectomie Suture	Douglassectomie élargie	Suture	Douglassectomie Suture
RESULTATS STATIQUES	excellents	excellents	bons	bons	bons
RESULTATS FONCTIONNELS	bons	bons	bons	dysménorrhée	excellents
COMPLICATIONS TARDIVES	néant	néant	néant	néant	néant
GROSSESSE ACTUELLE	néant	néant	néant	néant	oui
AUTRES OPERATIONS	néant	appendicectomie cure de hernie ombilicale	néant	néant	néant
OVARIECTOMIE	néant	néant	néant	néant	néant

IX - CONCLUSION

Ce problème des névralgies pelviennes n'est cependant pas neuf et on ne peut passer sous silence les travaux sur la névralgie pelvienne féminine essentielle de Funk BRENTANO (1956) les névralgies orthostatiques de ROUX, la paramétrie de KHUNH (1955), mais la déchirure du ligament large par sa pureté, son originalité et l'excellence de sa thérapeutique constitue une entité extrêmement précise qui correspond à des lésions indiscutables. Sur le plan nosologique, ce syndrome a l'avantage de correspondre à une lésion anatomique précise. Il a une place de choix dans le chapitre des malpositions utérines mobiles avec insuffisance du soutien fibreux du paramètre, que cette insuffisance soit congénitale et se manifeste chez la vierge, qu'elle soit secondaire à une atrophie globale du squelette fibreux du ligament large ou enfin qu'il s'agisse d'une plaie, d'une déchirure nette survenant dans le post-partum ; tout ceci n'a que peu d'importance ; la trame fibreuse représentant un moyen important de soutien de l'utérus a disparu en plus ou moins grande partie, la malposition est créée, l'utérus devient anormalement mobile et les douleurs sont déclenchées.

Quelques notions méritent enfin d'être soulignées :

- La fréquence méconnue des algies pelviennes du post-partum d'origine statique ; le traumatisme obstétrical nous paraît avoir un rôle favorisant
- Les difficultés du diagnostic liées aux formes atypiques ou aux associations pathologiques, amenant à élargir le cadre de ce syndrome dans le traitement de certaines rétroflexions utérines douloureuses isolées.

A ce titre, nos malades peuvent être réparties en trois groupes :

- les cas cliniquement et anatomiquement complets
- les formes cliniques incomplètes mais anatomiques indiscutables où la lésion demande à être recherchée

- les formes latentes de découverte opératoire .

La nécessité d'associer à la réfection des paramètres une technique chirurgicale non dangereuse de suspension et d'orientation utérine . Nous nous sommes arrêtés à la Douglasséctomie , technique opératoire qui nous a donné satisfaction sur le plan statique et fonctionnel .

Puisse la reconnaissance de la rétroversion libre acquise post-puerpérale être plus fréquente chez ces femmes jeunes afin d'éviter des fautes thérapeutiques , notamment des interventions mutilantes pour des phénomènes purement algiques et fonctionnels , curables par un geste simple . Ce qui sous-entend une certaine obstination dans l'enquête étiologique tant à l'étape clinique qu'au temps de l'exploration chirurgicale .

Vu, le Président de Thèse :

Professeur FLABEAU

Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine Saint-Antoine

Professeur LOYGUE

Vu, et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN W.M. et MASTERS W.H. - Lacération traumatique du support de l'utérus. Am. J. Obst. Gyn. Sept. 1955, n° 3 (Bibliogr)
- AUBERT L. - Le syndrome de Masters et Allen - Concours Médical. 8 Oct. 1960, n° 41
- BERTRAND P., BLANCHARD R. et DUBREUIL-FILLMANN Y. - Syndrome de déchirure du ligament large. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Juillet-Septembre 1961, 13, n° 4
- COMITI, EYMERY et CARCASSONNE - A propos du syndrome de Masters et Allen - Marseille Chirurgie 1963, 1
- FOURY A.M.O. - Le rétrodéviation utérine douloureuse chez la femme jeune en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique. La dougласsectomie. Thèse Paris 1959, n° 911
- GAUTHIER-BENOIT Cl. et DUQUENNOY A. - Syndrome de Masters et Allen (Présentation de documents photographiques) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Juin-Août 1964, 16, n° 3
- GOETHALS-BORIN J. - A propos de douleurs gynécologiques. Le syndrome de déchirure du ligament large ou syndrome de Masters et Allen - Acte chir. belg. Mars 1962, 61, n° 3
- HOULNE P. et coll - Les formes hémorragiques du syndrome de Masters et Allen. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. novembre-décembre 1964, 16, n° 5
- JAMAIN et LETESSIER A. - La dougласsectomie en gynécologie - Semaine des Hôpitaux, Paris 14 janvier 1967, 43, n° 3/1 (bibliogr.)
- JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C. - La dougласsectomie, cure de la rétroversion utérine douloureuse. Technique, résultats à propos de 72 cas. Presse Médicale, 25 déc. 1963, 71, n° 55. 8 fig. (bibliogr.)

- LAUTIER - A propos du syndrome de Masters et Allen. Mémoire Académie de Chirurgie 1961, 87, n° 1-2-3
- LAWRY E.V. - Lacération traumatique des ligaments de l'utérus. American Journal of obstetric and Gynecology 1er juin 1968, 101, n° 3. 5 tabl. (bibliogr.)
- LOFFREDO V. - Le syndrome de déchirure du ligament large. Thèse Paris 1960, n° 9
- MERGER R., LEVY I., MELCHIOR J. et MARTIN J. - Traitement chirurgical de la rétroversion utérine. Résultats éloignés du cloisonnement du Douglas. Bull. Ass. Soc. Gyn. Obst. 1954, 6, n° 4
- PALMER R. - La coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes. Revue du Praticien, 1959, 9, n° 22
- PISSANCIEL G. - Le syndrome de désinsertion utérine - Thèse Marseille, 1964
- POUTONNIER A., GRYNFOGEL M. et RAUZY (Melle) - A propos du syndrome de Masters et Allen - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avril-mai 1962, 14, n° 2 (bibliogr.)
- ROCHET Y. et MIKAELIAN S. - Réflexion sur le syndrome de Masters et Allen (à propos de 19 cas) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. novembre-décembre 1965, 17, n° 5
- SERMENT H. et FELCE A. - Considérations sur les rétroflexions utérines douloureuses. Revue franç. Gyn. Obst. Mai 1963, 58, n° 5
- VARANGOT J., GRANJAN A., CHARTIER M. et LOFFREDO V. - Le syndrome de déchirure du ligament large. Presse Médicale, 6 juin 1959, n° 28
- VERNE JM., DELAGARDE P. et BRANGOLTER L. - Syndrome de Masters et Allen (ou syndrome du col "en joint universel" ou syndrome de "déchirure du ligament large") Entité anatomique et thérapeutique nouvelle sur fond clinique connu et décevant : 6 observations. Mém. Acad. Chir. Juin 1959, 85, n° 19-20.

